In the name of Allah, the Most Gracious, the Most Merciful









HEMMORAGIE DE LA DELIVRANCE

DR AISSOU

INTRODUCTION

- C’est une urgence obstétricale. elle met en jeu le pronostic vital maternel. Son diagnostic précoce repose sur la surveillance rigoureuse de toute accouchée, en particulier pendant les deux heures après l’accouchement .
- La délivrance normale est associée à une hémorragie < 500 ml. La constatation d’une hémorragie anormale exige une prise en charge immédiate, associant des gestes obstétricaux, des mesures médicales et une surveillance constante.



OBJECTIFS

- Savoir identifier les principaux facteurs de risque d’hémorragie de la délivrance. Diagnostic positif et étiologique des hémorragies de la délivrance.
- Principes de la prise en charge en urgence d’une hémorragie de la délivrance.



DEFINITION

- Une hémorragie d'origine utérine
- Venant exclusivement de l'aire d'insertion placentaire,
- Survenant dans les 24 heures qui suivent l'accouchement,
- D'abondance supérieure à 500 ml (chiffre représentant l'hémorragie physiologique).
- L'hémorragie grave de la délivrance c'est à dire supérieure à 1 000 ml entraîne un retentissement important sur l'état général maternel et impose un traitement d'urgence parfaitement bien codifié sinon s'installe un syndrome de défibrination qui expose la parturiente au risque vital.

1- LE DELAI DE LA DCE NORMALE :





- **Troisième et dernier temps de l'accouchement.**
- **C'est l'expulsion du placenta et de ses annexes hors des voies génitales maternelles après expulsion du fœtus.**
- ***La période de la Dce*** **:elle s'étend du moment qui suit l'expulsion du fœtus jusqu'à 30 minutes.**

Elle se déroule en 3 phases, après une période de rémission clinique de 10 à 15 min., dans laquelle les états GI et hémodyn. Restent stables.

1* décollement :

rétraction passagère de l 'utérus: qui est inaperçue par l'accouchée, elle est responsable du décollement placentaire qui s'effectue entre la couche superficielle et la couche profonde de la caduque cette séparation met à nu de très nombreux orifices vasculaires responsable de l'hématome rétro placentaire physiologique.

apparition de CU (décollement proprement dit) phénomène actif a ce moment là les CU deviennent douloureuses et augmentent d'intensité et qui vont permettre le clivage franc de la caduque, ce clivage ouvre les vx utéro placentaires permettant la constitution de foyers hémorragiques entrainant la formation de HRP physiologique.

2* Expulsion :

Une fois le décollement terminé, le placenta est entièrement situé dans la cavité utérine sous l'influence des CU et de son poids il tombe alors dans le segment inférieur les membranes se décollent sous cet effet en se retournant en doigt de gant.

3* Hémostase : 02 phénomènes

Ligature vivante de Pinard: la rétraction utérine qui s'est étendue a l'ancienne zone d'insertion placentaire, au fur et a mesure du clivage placentaire, la rétraction puis la contraction des fibres myométriales permettent l'écrasement des VX utéro placentaires

thrombose physiologique: grâce a la formation du clou plaquettaire l'obturation définitive des orifices vasculaires.

MODES DE LA DELIVRANCE :

Mode beaudeloque: c'est lorsque le placenta s'insere dans le fond de l'utérus (cas le plus fréquent) il est expulsé par sa face fœtal première c'est-à-dire que le placenta est éversé en doigt de de gant a l'intérieur de son sac membraneux

Mode Duncan: lorsque le placenta est bas inséré (placenta prævia) il est expulsé soit par un bord enroulé en cornet soit par sa face maternelle.

LA DELIVRANCE PEUT ETRE :

Spontanée: c'est une progression passive et très lente du placenta hors des voies genitales

Naturelle : fait intervenir de façon active l'accoucheur

Dirigée: consiste en l'administration de 5 UI en IM d'ocytociques lors du dégagement des épaules de l'enfant , associée à un clampage précoce do cordon afin d'induire des CU et de provoquer le décollement prématurée du placenta. Elle réduit le temps de la délivrance moyenne de façon importante et le saignement durant la troisième phase de travail.

Artificielle: elle consiste à aller chercher le placenta à l'interieur de la cavité utérine. La main droite est introduite dans la cavité utérine tandis que la main gauche empaume le fond utérin et l'abaisse, de son bord cubital, la main droite va décollé le placenta jusqu'à sa totale mobilisation, sans traction afin de ne pas l'arracher. Puis le placenta et la vacuité totale de la cavité utérine. Une perfusion d'ocytocique est aussitôt mise en route afin de permettre une bonne rétraction utérine.

La Dce doit être toujours suivie de l 'examen du délivre

La Dce doit s 'effectuer dans un délai de 20 à 30 min.



ETIOLOGIES

- ***Avant la délivrance (10 %):*** Il y a un défaut de clivage entre le placenta et le muscle utérin. Le décollement est incomplet.

➢ *Adhérence anormale*

une altération de la muqueuse utérine (des curetages antérieurs, des cicatrices (myomectomie, césarienne).

- Il s'agit d'un placenta dit accreta ou percreta.

➢ *Anomalie topographique*

Le placenta est inséré de façon anormale soit sur le segment inférieur, soit sur la cloison d'un utérus mal formé avec un clivage difficile de la caduque.

➢ *Incarcération*

Le placenta est enchatonné au niveau d'une corne utérine ou incarcéré au dessus d'un anneau de rétraction situé au niveau du segment inférieur.

- ***Après la délivrance (90 %)***

1. ***Inertie utérine***

- ***A – Secondaire***

➢ rétention d'un cotylédon placentaire surtout en cas d'un placenta anormalement friable ou oedématié (iso-immunisation Rhésus - hypertension - diabète)

➢ rétention d'un cotylédon aberrant

- ***B – Primitive***

➢ Facteurs antérieurs à l'accouchement

- Antécédents d'hémorragie de la délivrance,
- Multiparité,
- Obésité maternelle,
- Surdistension utérine (gros foetus, hydramnios, grossesses multiples),
- Hématome rétroplacentaire et placenta praevia.

- Facteurs liés à l'accouchement

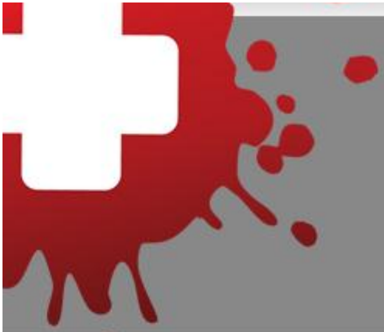
- Un déclenchement artificiel du travail
- Une dystocie dynamique et/ou mécanique
- Une infection ovulaire
- Une phase active longue, supérieure à 8 heures ou, au contraire, une phase active très courte ou hyperkinétique,
- Une césarienne réalisée en urgence,
- Des extractions instrumentales difficiles associées à une épisiotomie,
- L'utilisation d'anesthésiques halogènes.

Troubles de la coagulation

- Ces troubles de la coagulation surviennent soit au cours de pathologie de la coagulation connue avant la grossesse, soit au cours d'un hématome rétroplacentaire.

ETIOLOGIES DE L'HD

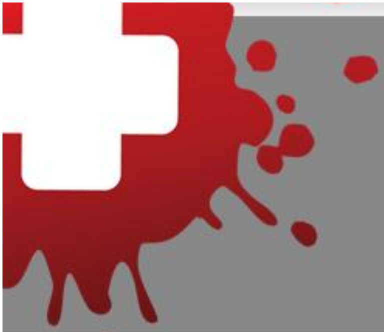
- **Rétention placentaire**
  - **Totale :**
    - Défaut décoll.
      - 1/ Inertie U
      - 2/ P. accreta
    - Défaut migrat°
      - 1/ enchâtont. du P.
      - 2/ Incarcération P
  - **Partielle :**
    - C. aberrant
    - Rétention mb
- **Inertie utérine**
  - **généralisée**
    - Fact. utérins
      - Surdistent° U
      - U. « fatigué ».
    - Fact. Iatrog.
      - Péridurale
      - ocytociques
      - antispasmod
  - **Localisée**
    - Eg : fibrome intramural
- **Anomalies de la coag.**
  - **Congénit.**
  - **Acquises.**
    - Trt anti-coag
    - CIVD



CLINIQUE

1. Signes fonctionnels

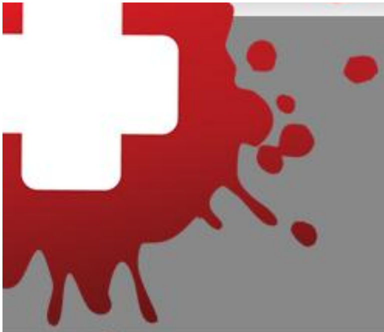
- Il s'agit d'une hémorragie externe très brutale et très abondante survenant immédiatement après l'accouchement.
- Elle est recueillie dans un sac en plastique qui a été mis en place dès l'expulsion du foetus.
- Cette hémorragie est parfaitement indolore, faite de sang rouge avec de nombreux caillots. Elle représente le signe d'alarme. Son volume doit être apprécié de façon exacte (+++).



2. Signes généraux

- Ils reflètent la tolérance maternelle à la spoliation sanguine et dépendent de l'état hémodynamique préalable ainsi que de l'importance de l'hémorragie.

- Les altérations hémodynamiques peuvent conduire jusqu'à un choc hypovolémique où la pression artérielle est effondrée, le pouls très accéléré, la pâleur cutanée très importante associée à des sueurs, une sensation de soif intense et une angoisse.

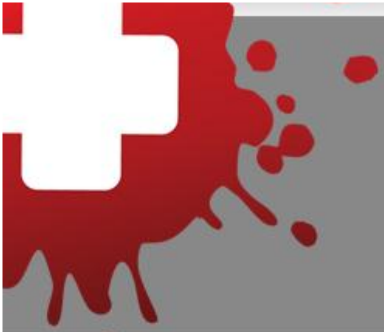


3 Examen clinique.

Origine placentaire

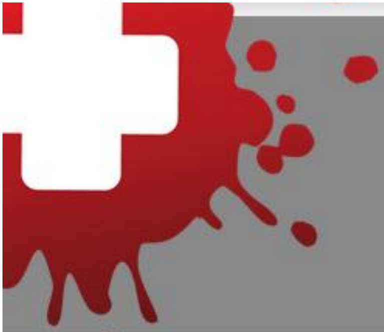
A - Avant l'expulsion du placenta

Il existe une rétention totale du placenta avec un utérus mou, dépourvu de toute activité contractile et perçu très largement au-dessus de l'ombilic.



B - Après l'expulsion du placenta

- Il s'agit du tableau d'inertie utérine.
- Il faut vérifier la vacuité de l'utérus . A l'examen, l'utérus est mou, peu contractile, avec un fond utérin nettement au-dessus de l'ombilic.



- Eliminer un traumatisme de la voie génitale (+++)
- Des lésions de la voie génitale basse peuvent être associées à un accouchement normal mais surtout au cours de manoeuvres (ventouse ou forceps). Il faut en faire le diagnostic (+++).

- sous anesthésie, très soigneusement tout le tractus génital :

- Révision utérine,

- Examen sous valves de la filière génitale pour bien vérifier l'absence de déchirure du col utérin et du vagin, ou la présence d'un hématome pelvigénital.



4. Complications

1. Chocs hypovolémiques
2. Syndrome de défîbrination

CIVD secondaire à la perte des facteurs de coagulation lors de l'hémorragie et principalement le fibrinogène.

3. Atteinte rénale

- Elle est d'abord fonctionnelle et marquée par une oligo-anurie en rapport avec la chute de la filtration glomérulaire. L'atteinte rénale secondaire peut devenir organique par néphropathie tubulo-interstitielle aiguë ou par nécrose corticale, surtout si l'état de choc se prolonge ou s'il existe des troubles de l'hémostase.

3- LES GESTES A METTRE EN ŒUVRE :

TRT OBSTETRICAL :

1/ délivrance artificielle ;

2/ Examen du délivre ;

3/ révision utérine (vacuité, rupture):elle a pour but de vérifier que la cavité utérine est intact et vide de tout élément placentaire de membrane ou de caillots sanguin s'effectue dans les même conditions que la Dce artificielle càd ;vessie vide , asepsie rigoureuse.

4/ Ex. sous valves (col, vagin) :nécessite une bonne vision et exposition de tout le tractus génital, du cul de sac vaginal et col utérin a la vulve elle nécessite la présence de deux aides associes a l'opérateur .

5/ Suture rapide des éventuelles lésions

6/ Episioraphie rapide ;

REA. MEDICALE :

Absolument fondamentale

1/ 1 ou 2 voies Vses de bon calibre ;

2/ Sondage vésical ;

3/ Surveillance : pouls, Ta, diurèse ;

4/ Oxygène;

5/ Position de Trendelenburg ;

6/ Compenser les pertes sanguines ;

4- LE TRT A METTRE ALORS EN OEUVRE

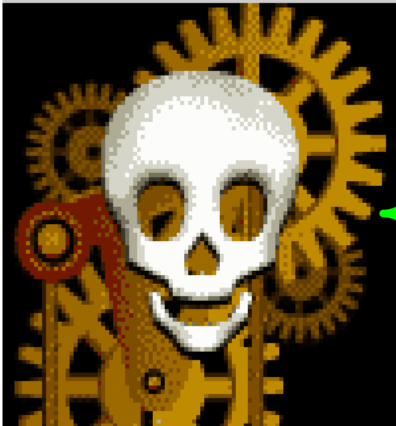
OCYTOCIQUES :

- **Syntocinon** :qui pour une dose unique, voit son action débuter a 4 min avec une durée d'efficacité de 45 min utilisé en perfusion rapide de 10 UI dans 500 cc de SGI
- **methergin** (methyergométrine) avec une durée d'éfficacité sur la rétraction utérine de 162 min (1amp IM / IV)
- **Misoprostol (Cytotec)** comp en intrarectal (600µg).
- **Pg de synthèse** : Sulprostone (Naladon) analogue de la prostaglandine E2: 1 amp 500µg dans 250cc de SSI à 180 ml/h <=3amp (effet en 30 min).

RETRACTION UTERINE :

- Massages utérins : qui doit être doux et qui permet de stimuler la rétraction utérine .
- sac de sable : au contact du fond utérin.

5- LES EX. COMPLEMENTAIRES A FAIRE



1/ AGGLUTININES IRREGULIERES :

Obligatoires avant toute transfusion sanguine.

2/ FNS :

Taux d 'hématocrite, d 'hémoglobine et des plaquettes.

3/ CRASE SANGUINE (CIVD) :

TP, TQ, TCK, Fibrinogène, pdf, plaquettes (FNS)

4/ FONCTION RÉNALE :

urée, créatinine.

5/ IONOGRAMME SANGUIN :

- Retentissement ;
- BPO

6- LES DIFFERENTES TECHNIQUES OPERATOIRES...

TRAITEMENTS CONSERVATEURS

1/ Traction sur le col (élongation torsion des artères utérines) ;

2/ Ligature bilatérale des artères utérines ;

- par voie abdominale → après césarienne ;
- par voie vaginale → après accouchement par VB;

3/ Ligature des artères hypogastriques ;

4/ Dévascularisation étagée de l 'utérus ;

5/ Embolisation artérielle des artères utérines.

TRAITEMENT RADICAL :

*/ Hystérectomie d'hémostase.



TRACTION SUR LE COL

- 2 pinces de Museux;
- sur les deux angles cervicaux ;
- élongation/rotation de 180 ° ;
- effet : torsion des vaisseaux utérins. Cette technique solution uniquement d'attente avant de proposer une solution chirurgicale.

LIG. BILAT DES Ar.Utérine (vag.)

- colpotomie antérieure circulaire;
- décollement vésico utérin ;
- ligature/section des Ar.U (crosse) ;
- suture de la colpotomie

LIG. BILAT DES Ar.Utérines (abd)

- 3 cm au dessous du niveau de l 'hystérotomie;
- lier pédicules utérins ;
- le point prend l 'épaisseur du myomètre sans atteindre la muqueuse.

LIGATURE DES Ar. HYPOGASTRIQUES

- le tronc antérieur ;
- fil résorbable ;
- taux de succès : 50% ;
- indiquée en 2ème ligne après l'embolisation artérielle des Ar. utérines.
- Il s'agit de réaliser un geste bilatéral de ligature des artères hypogastrique à leur naissance qui permet d'arrêter le flux utérin et de diminuer la P vsc

EMBOLISATION ARTERIELLE DES Ar. UTERINES :

- radiologie interventionnelle ;
- KT fémoral → Ar. utérines ;
- opacification ;
- embolisation par un produit résorbable (10/40j) qui bloque l'apport de sang au niveau de la moitie de l'utérus
- efficacité++ ; préserve la fertilité ;
- plateau technique : peu disponible .

DEVASCULARISATION ETAGEE DE L'UTERUS

- technique simple et récente ;
- lier successivement :
  - les vaisseaux utérins ;
  - les vaisseaux ovariens ;
- taux de succès très séduisant ;
- préserve la fertilité .

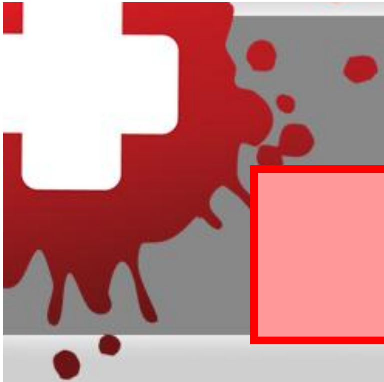
HYSTERECTOMIE D'HEMOSTASE :

Dernière alternative après échec des techniques conservatrices ;

hystérectomie interannexielle ;

totale ou subtotale (selon l 'origine du saignement) ;

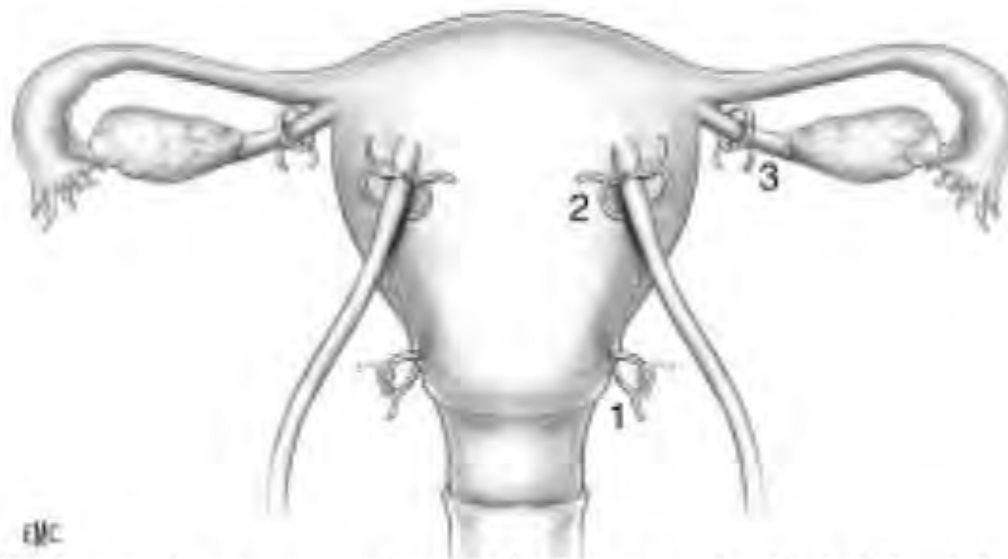
Malheureusement encore très fréquente en Afrique puisqu'on enregistre une HH pour environ 260 accouchement, loin d'être une solution idéale, cette opération radicale faite en urgence sur des malades aux constantes hémodynamiques altérées, dans un environnement svt dépourvu réanimation post chirurgicale, a une morbidité non négligeable et une lourde mortalité (20%) et constitue si la malade survit, un sacrifice obstétrical difficilement accepté par des patientes jeunes désireuses de maternité.



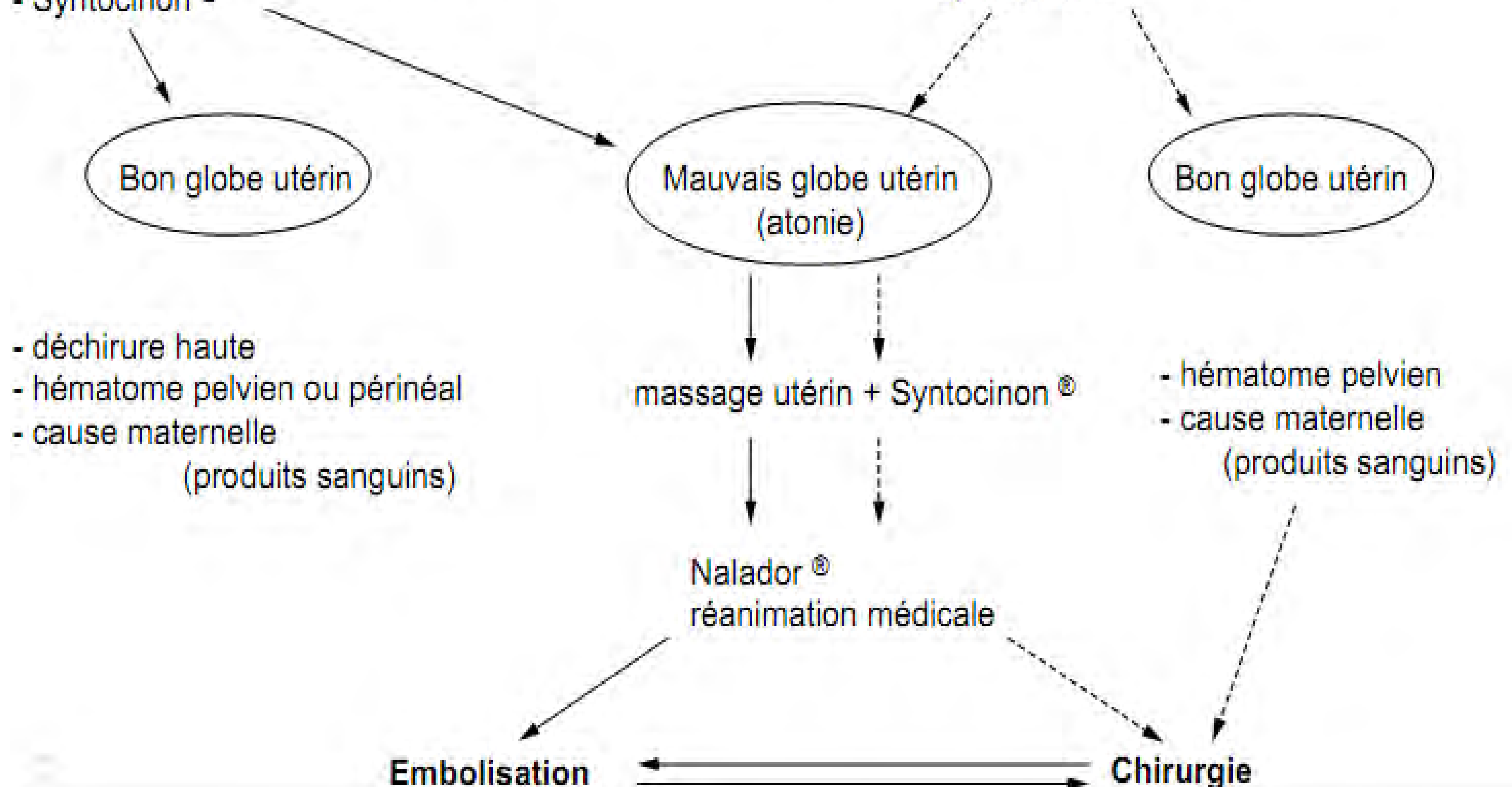
INDICATIONS EN FONCTION DE L'ORIGINE DU SAIGNEMENT.

- Origine cervico segmentaire
  → Ligature des Ar. Hypogastriques+++

- Origine corporéale
  → Ligature des branches ascendantes des Ar. utérines.
  → ± ligature des ligaments ronds
  → Ligature des ligaments utéro-ovariens.



5 *Ligature des principaux vaisseaux de l'utérus suivant la méthode de Tsirulnikov.*
1. Vaisseaux utérins ; 2. ligament rond ; 3. vaisseaux utéro-ovariens.


Voie basse
Voie haute
- révision utérine +/- délivrance artificielle
• suture/rupture utérine
- révision col + vagin sous valves
• suture/déchirure
- Syntocinon ®
- révision utérine
• suture/rupture
• capitonnage/saignement localisé
- fermeture d'hystérotomie
- Syntocinon ®
Bon globe utérin
Mauvais globe utérin (atonie)
Bon globe utérin
- déchirure haute
- hématome pelvien ou périnéal
- cause maternelle
(produits sanguins)
massage utérin + Syntocinon ®
- hématome pelvien
- cause maternelle
(produits sanguins)
Nalador ®
réanimation médicale
Embolisation
Chirurgie

7- PRISE EN CHARGE DANS LE POST PARTUM

Surveillance clinique :

- état hémodynamyque ; température +++
- globe utérin de sécurité
- recherche des signes de thrombophlébite des mb. inf.
- Recherche de cplc post op:lésions urétérales,nécrose de l'artère fessière.

Contrôle de la FNS (anémie++) , créatinine, ionogramme sanguin et crase sanguine.

Traitement :

- De l 'anémie : transfusion de sang phénotypé (intolérance) ou traitement martial.
- Anticoagulant à dose préventive (L'hgie s'étant tarie)
- Antibiotique : amoxicilline 2g/j + Antiseptique local.

8- Pour la mère : hémorragie de la délivrance.

PREVENIR, C'EST :

RESPECTER LA PHYSIOLOGIE DE LA Dce.

Eviter toute manœuvre intempestive sur le placenta non décollé.

DIRIGER LA Dce.

- 5 UI de syntocinon en IM dès le dégagement des épaules ;
- ou perf. De syntocinon (10 UI dans 500 cc de sérum physiol. ;
- ou Méthergin : 1 amp IM ou IV.

LA Dce. ARTIFICIELLE (DA) ET REVISION UTERINE (RU)

Systématique à chaque fois que les conditions obstétricales favorisent l 'inertie utérine ou la rétention placentaire.

EXAMEN DU DELIVRE ;

SURVEILLANCE CLINIQUE DE LA MALADE :

quantité de l 'écoulement vulvaire; pouls et tension artérielle ;

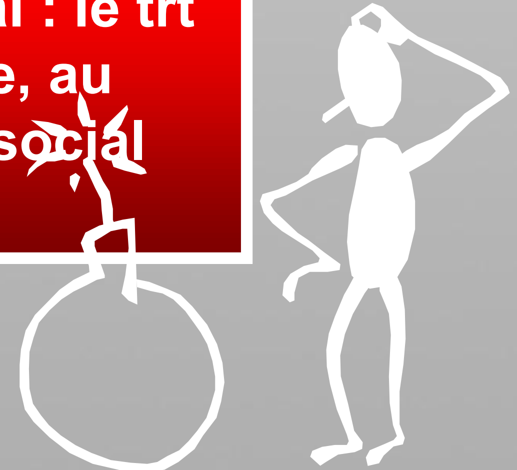
globe utérin de sécurité.

CONCLUSION :

Les hémorragies de la délivrance demeurent une pathologie grave : 2ème cause de mortalité maternelle.

L'importance du traitement préventif +++

Pc vital prime sur l'avenir obstétrical : le trt peut aller jusqu'à l'hystérectomie, au retentissement psychologique et social dramatique (primigeste+++)




Quels sont les risques envisageables lors d ’une prochaine grossesse ?
OK, voyons ...